



## ATENCIÓN PSICOLÓGICA

ADVERTENCIA: EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EMPRESARIAL DE GUAYAQUIL, Y NO PODRÁ SER REPRODUCIDO, NI TRANSMITIDO POR MEDIO ELECTRÓNICO O MECÁNICO SIN PREVIA AUTORIZACIÓN.



## Contenido

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES	3
4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	4
5. RESPONSABLES	4
6. POLÍTICAS DEL PROCESO	5
7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	7
8. INDICADORES DE GESTIÓN	12
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS DENTRO DEL PROCESO	12
10. DOCUMENTOS GENERADOS AL FINAL DEL PROCESO	13
11. ANEXOS	13
12. FIRMAS DE APROBACIÓN	23



#### 1. OBJETIVO

Brindar atención psicológica oportuna, confidencial y profesional a la comunidad universitaria, con el fin de promover el bienestar emocional, prevenir problemáticas psicosociales y contribuir al desarrollo integral de los estudiantes, docentes y personal administrativo, a través de intervenciones individuales, grupales y actividades de acompañamiento, en concordancia con los principios institucionales.

#### 2. ALCANCE

#### **Actividad inicial:**

#### • Identificación y Derivación de la Necesidad de Atención Psicológica:

El Director de Carrera, los Coordinadores Académicos o los Docentes que identifiquen en un estudiante señales o comportamientos que evidencien la necesidad de apoyo emocional o psicológico, deberán derivarlo al Departamento de Bienestar Universitario mediante el envío de un correo electrónico, especificando la situación observada y los datos de contacto del estudiante.

## • Solicitud directa por parte del estudiante:

El estudiante que considere necesario recibir atención psicológica podrá realizar la solicitud directamente enviando un correo electrónico al Departamento de Bienestar Universitario, manifestando su requerimiento de manera voluntaria y confidencial

Actividad final: El Psicólogo de Bienestar Universitario enviará al estudiante una encuesta de satisfacción, con el fin de evaluar la calidad del servicio recibido. Esta encuesta permite recoger retroalimentación sobre la atención brindada, la efectividad del acompañamiento y el nivel de satisfacción general. La información recopilada será utilizada de forma confidencial y con fines exclusivamente institucionales

#### 3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- Atención Psicológica: Conjunto de intervenciones breves centradas en problemas específicos que afectan el bienestar emocional del estudiante, brindadas por un profesional de psicología.
- Contención Emocional: Apoyo psicológico inmediato que busca estabilizar emocionalmente al estudiante en situaciones de crisis o estrés.
- **Derivación Externa**: Procedimiento mediante el cual el psicólogo universitario remite al estudiante a un profesional de salud mental fuera de la institución, por requerir atención especializada.
- **Seguimiento**: Proceso de verificación del estado emocional del estudiante luego de la intervención inicial o derivación, con el fin de acompañar su evolución.
- Caso Crítico: Situación emocional o psicológica que representa un riesgo para la integridad física o mental del estudiante, y requiere atención urgente o especializada.



- **Bienestar Emocional**: Estado en el que el estudiante puede manejar adecuadamente sus emociones, afrontar el estrés y mantener relaciones saludables.
- Matriz de Registro y Seguimiento: Documento o sistema utilizado para registrar las atenciones psicológicas brindadas y el seguimiento a los estudiantes.
- **Solicitud de Atención:** Pedido formal del estudiante para recibir apoyo psicológico, realizado por iniciativa propia o a través de una derivación.
- **Confidencialidad:** Principio ético que garantiza que toda la información compartida por el estudiante durante el proceso de atención será protegida y no divulgada sin su consentimiento.
- Evaluación Psicológica Inicial: Primera entrevista que realiza el profesional para conocer la situación emocional del estudiante y su entorno. Así, podrá establecer si el estudiante requiere intervención y determinar si el caso amerita derivación.
- Intervención Psicológica: Acción clínica realizada por el psicólogo para ayudar al estudiante a mejorar su situación emocional, que puede incluir escucha activa, orientación y herramientas terapéuticas.
- Área de Bienestar Universitario: Departamento institucional encargado de promover el bienestar integral del estudiante, incluida la atención psicológica.
- Satisfacción del Usuario: Percepción del estudiante sobre la calidad, utilidad y pertinencia de la atención psicológica recibida.
- **Documentos requeridos:** Documentos que se elaboran en el desarrollo de las actividades del proceso.
- Documentos generados: Documentos que se generan como resultados finales del proceso.
- Anexos: Documentos que se incluyen al final del proceso.

#### 4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Reglamento Bienestar Universitario de UTEG

#### 5. RESPONSABLES

- Coordinador de Bienestar Universitario
- Psicólogo Clínico
- Director de Carrera o Facultad



### 6. POLÍTICAS DEL PROCESO

#### Generales

- Todo estudiante de la Universidad tiene derecho a acceder al servicio de atención psicológica, ya sea por iniciativa propia o mediante derivación por parte de autoridades, docentes o personal administrativo.
- Tendrá atención breve de 3 sesiones, si el caso amerita extender las atenciones se realizará derivación externa.
- La solicitud de atención psicológica podrá realizarse a través del correo institucional del Área de Bienestar Universitario o de manera presencial. El estudiante o solicitante del servicio puede acercarse directamente a la oficina de Bienestar Universitario para solicitar atención psicológica, ya sea por iniciativa propia o mediante derivación por parte de alguna instancia de la Universidad (autoridades, docentes o personal administrativo).
- El estudiante es responsable de asistir puntualmente a las sesiones agendadas y participar activamente en el proceso terapéutico, que permitirá restablecer su bienestar emocional.
- El profesional a cargo deberá coordinar la primera cita con el estudiante, realizar la apertura de un historial clínico confidencial, y planificar las estrategias de intervención según la situación presentada.
- El psicólogo clínico realizará una evaluación del estado emocional y psicológico del estudiante durante la primera sesión y, de ser necesario, planificará sesiones adicionales según los hallazgos y objetivos del abordaje terapéutico. Se podrá dar seguimiento posterior a la intervención, según el criterio clínico.
- Si se detecta que la situación del estudiante requiere atención especializada (por riesgo de vida, trastornos severos o interferencia significativa en su vida diaria), el caso será derivado a un profesional externo (psicólogo clínico especializado, psiquiatra, etc.) mediante el formato de derivación correspondiente.

#### Registro y Control

- El profesional de psicología deberá registrar cada atención y la asistencia del estudiante en los instrumentos internos de seguimiento del Área de Bienestar Universitario.
- Toda la información generada en el marco del proceso de atención psicológica, incluyendo los historiales clínicos, evaluaciones e informes, será tratada con carácter estrictamente confidencial. Esta documentación será resguardada de acuerdo con las normas de ética profesional, las disposiciones legales vigentes en materia de



protección de datos personales y las políticas institucionales de privacidad.

### Ética Profesional y confidencialidad

- El servicio de atención psicológica se desarrollará bajo principios de respeto, profesionalismo, ética y orientación al bienestar integral del estudiante, garantizando el resguardo de sus derechos en todo momento.
- El proceso de atención psicológica garantizará un trato respetuoso, empático y libre de juicios. Se evitará toda forma de revictimización, limitando la exposición innecesaria a situaciones o relatos traumáticos, y asegurando que cada intervención tenga un propósito terapéutico claro y ajustado a las necesidades del estudiante.
- Las historias clínicas no serán compartidas de forma íntegra con terceros. Solo se podrán divulgar aspectos puntuales o elaborar informes técnicos resumidos cuando existan razones justificadas de carácter académico, institucional o de apoyo al estudiante, y siempre bajo el principio de mínima intervención, preservando su derecho a la privacidad.
- En casos que así lo ameriten —por ejemplo, cuando se identifiquen necesidades de adaptación curricular, acompañamiento académico diferenciado o implementación de medidas de apoyo— se podrá canalizar información relevante hacia las autoridades académicas correspondientes (como decanatos, direcciones de carrera o coordinaciones académicas). Esta comunicación se realizará de manera profesional y proporcional, con el único fin de favorecer la permanencia, inclusión y bienestar del estudiante, previa autorización informada, cuando aplique.

#### Seguimiento institucional en casos especiales

- En determinados casos, el Departamento de Bienestar Universitario brindará un seguimiento y acompañamiento psicológico continuo, aun cuando el tratamiento específico sea responsabilidad de un profesional externo. Este seguimiento se aplica particularmente en situaciones consideradas casos especiales, tales como:
  - Estudiantes con discapacidad física, sensorial, intelectual o psicosocial.
  - Estudiantes con diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo (como autismo o TDAH).
  - Casos con antecedentes de riesgo psicosocial significativo (como violencia intrafamiliar, abandono o situaciones socioeconómicas críticas).
  - Estudiantes con historial reciente de conductas autolesivas, ideación suicida o crisis emocional grave.
  - Situaciones en las que exista una evaluación institucional que recomiende un

# UTEG UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EMPRESARIAL DE GUAYAQUIL

### **DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO**

acompañamiento adicional para favorecer la permanencia y bienestar del estudiante.

• En estos casos, se solicitará al estudiante informes actualizados de los profesionales externos que le brindan atención, los cuales deberán incluir recomendaciones y especificaciones relevantes para el entorno académico. Dichas recomendaciones serán canalizadas a la facultad correspondiente, con el fin de implementar las adaptaciones y apoyos necesarios que garanticen la inclusión y el bienestar del estudiante durante su trayectoria universitaria.

## 7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PROCESO: ATENCIÓN PSICOLÓGICA

PASO	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Director de Carrera / Coordinadores/ Docentes ó Estudiante	1. Identificar necesidad de atención psicológica para estudiante y derivar atención mediante correo electrónico ó 2. Solicitar atención Psicológica mediante correo electrónico	<ul> <li>INICIO DE PROCESO</li> <li>Identificación y Derivación de la Necesidad de Atención Psicológica:</li> <li>El Director de Carrera, los</li> <li>Coordinadores Académicos o los</li> <li>Docentes que identifiquen en un estudiante señales o comportamientos que evidencien la necesidad de apoyo emocional o psicológico, deberán derivarlo al Departamento de Bienestar</li> <li>Universitario mediante el envío de un correo electrónico, especificando la situación observada y los datos de contacto del estudiante.</li> <li>Solicitud directa por parte del estudiante:</li> <li>El estudiante que considere necesario recibir atención psicológica podrá realizar la solicitud directamente enviando un correo electrónico al Departamento de Bienestar</li> <li>Universitario, manifestando su requerimiento de manera voluntaria y confidencial.</li> </ul>
2	Psicólogo Bienestar Universitario	Receptar solicitud de atención; Coordinar y agendar cita	El Psicólogo del Departamento de Bienestar Universitario recibirá la solicitud de atención psicológica, ya sea derivada por parte de un docente,



			coordinador, director o directamente del estudiante. Una vez recibida la solicitud, el psicólogo procederá a coordinar y agendar una cita para la atención, considerando la disponibilidad de horarios y la urgencia del caso.
3	Psicólogo Bienestar Universitario	Aperturar historial clínico y planificar estrategias de abordaje	El Psicólogo del Departamento de Bienestar Universitario, una vez confirmada la cita con el estudiante, procederá a aperturar el historial clínico correspondiente. Este documento será creado de manera confidencial y segura, y servirá como registro oficial del proceso de atención psicológica. En esta etapa inicial, el historial clínico incluirá únicamente los datos generales del estudiante y la fecha de inicio de atención, quedando preparado para ser completado progresivamente conforme se desarrollen las sesiones y se recopile información relevante durante el proceso terapéutico. Se planificará las estrategias de abordaje inicial.
4	Psicólogo Bienestar Universitario	Evaluar en tiempo real el estado emocional y psicológico del estudiante y definir intervención adecuada	En la fecha y hora previamente agendada, el Psicólogo del Departamento de Bienestar Universitario realizará la evaluación en tiempo real del estado emocional y psicológico del estudiante. Esta valoración permitirá definir el tipo de intervención más adecuada, considerando la situación particular del caso. A partir de esta evaluación, se procederá a completar y actualizar el historial clínico, incorporando la información recabada durante la sesión. Con base en los hallazgos obtenidos, el psicólogo diseñará estrategias de abordaje personalizadas, que podrán incluir:



			<ul> <li>Contención emocional (tres sesiones)</li> <li>Derivación a profesional externo</li> <li>Plan de seguimiento continuo (en casos de estudiantes con necesidades especiales).</li> <li>Adicionalmente, se actualizará la matriz de registro de atención, la cual incluirá datos clave como la fecha de atención, motivo de consulta, tipo de intervención aplicada y acciones de seguimiento. Esta herramienta permitirá monitorear el progreso del estudiante y asegurar que reciba una atención oportuna, adecuada y sostenida en el tiempo.</li> </ul>
5	Psicólogo Bienestar Universitario	¿Requiere sesiones adicionales?	Psicólogo de Bienestar Universitario valida si ¿Requiere sesiones adicionales? SI: Continúa al paso 6 NO: Continúa al paso 11
6	Psicólogo Bienestar Universitario	Realizar el agendamiento de las consultas subsecuentes determinadas en el abordaje	Si durante la evaluación inicial el Psicólogo del Departamento de Bienestar Universitario determina que el caso requiere un acompañamiento continuo, se procederá a agendar las sesiones subsecuentes necesarias (Máximo tres sesiones), conforme a las estrategias definidas en el plan de abordaje.  Estas consultas serán programadas de acuerdo con la disponibilidad del estudiante y del profesional, garantizando la continuidad y efectividad del proceso terapéutico.
7	Estudiante	Asiste a las sesiones agendadas	El estudiante deberá asistir puntualmente a las sesiones psicológicas previamente agendadas, como parte del compromiso con su proceso de acompañamiento y mejora emocional.  La participación activa y continua en estas sesiones es fundamental para el cumplimiento efectivo del plan de



			intervención diseñado por el profesional de Bienestar Universitario.
8	Psicólogo Bienestar Universitario	Actualizar en cada sesión el Historial Clínico. Se maneja de forma interna y es confidencial	En cada sesión, el Psicólogo del Departamento de Bienestar Universitario deberá actualizar el historial clínico del estudiante, incorporando observaciones, avances y cualquier modificación en el plan de intervención.  Este documento se maneja de forma interna, bajo estricta confidencialidad, y cumple con las normativas institucionales y legales sobre protección de datos personales.  Asimismo, se actualizará la matriz de registro de atención, registrando datos como la fecha de la sesión, tipo de intervención realizada y acciones programadas para próximas atenciones.
9	Psicólogo Bienestar Universitario	¿Requiere derivación profesional externo?	El Psicólogo del Departamento de Bienestar Universitario evaluará si el caso requiere ser derivado a un profesional externo, debido a la complejidad, especialidad del tratamiento o limitaciones institucionales. ¿Requiere derivación profesional externo? SI: Continúa al paso 10 NO: Continúa al paso 11
10	Psicólogo Bienestar Universitario	Realizar derivación a profesional externo	Cuando el Psicólogo del Departamento de Bienestar Universitario determina que el caso excede las capacidades de atención interna, procederá a realizar la derivación a un profesional externo. Esta acción se realizará con base en criterios técnicos, asegurando que el estudiante reciba la atención especializada que requiere. La derivación será comunicada al estudiante de manera clara y confidencial, incluyendo recomendaciones, motivos de la



			derivación y, de ser posible, opciones de profesionales o instituciones externas. Se dejará constancia de este paso en el historial clínico y en la matriz de seguimiento, cerrando el proceso institucional de acompañamiento.
	Psicólogo Bienestar Universitario	Elaborar informe Psicológico de Cierre	Al concluir el proceso de atención psicológica, el Psicólogo del Departamento de Bienestar Universitario deberá elaborar el Informe Psicológico de Cierre. Este documento incluirá una síntesis del motivo de consulta, las acciones realizadas durante el proceso, los avances observados, y las recomendaciones pertinentes para el estudiante, si las hubiere. El informe será archivado de forma confidencial y utilizado exclusivamente para fines institucionales, como parte del historial clínico del estudiante, garantizando el cumplimiento de las normativas de protección de datos y ética profesional.
11	Psicólogo Bienestar Universitario	Enviar encuesta de satisfacción	Se enviará al estudiante una encuesta de satisfacción, con el fin de evaluar la calidad del servicio recibido. Esta encuesta permite recoger retroalimentación sobre la atención brindada, la efectividad del acompañamiento y el nivel de satisfacción general.  La información recopilada será utilizada de forma confidencial y con fines exclusivamente institucionales.





## 8. INDICADORES DE GESTIÓN

CÓDIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FÓRMULA
DIBU-IND -018-V1	Tasa de cumplimiento de citas psicológicas	Mensual	(N.º de sesiones asistidas / N.º total de sesiones agendadas) × 100
DIBU-IND -019-V1	Porcentaje de estudiantes derivados a atención psicológica	Semestral	(N.º de estudiantes derivados por autoridades / N.º total de atenciones psicológicas) × 100
DIBU-IND -020-V1	Porcentaje de casos derivados a profesionales externos	Semestral	(N.º de casos derivados externamente / N.º total de casos atendidos) × 100
DIBU-IND -021-V1	Promedio de sesiones por estudiante	Semestral	N.º total de sesiones realizadas / N.º total de estudiantes atendidos
DIBU-IND -022-V1	Alcance del servicio psicológico en la población estudiantil	Semestral	(N.º de estudiantes atendidos / Total de estudiantes matriculados) × 100
DIBU-IND -023-V1	Nivel de satisfacción del estudiante con la atención recibida	Semestral	(N.º de respuestas positivas en encuestas / N.º total de encuestas aplicadas) × 100

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS DENTRO DEL PROCESO

#	CÓDIGO	DOCUMENTO		
1	N/A	Historia Clínica		
2	DIBU-FRM-006-V1	Registro de atención psicológica		
3	N/A Informes de profesionales externos			
4	DIBU-FRM-007-V1	Formulario de Admisión Psicológica		
5	DIBU-FRM-008-V1	Formulario de encuesta de satisfacción		



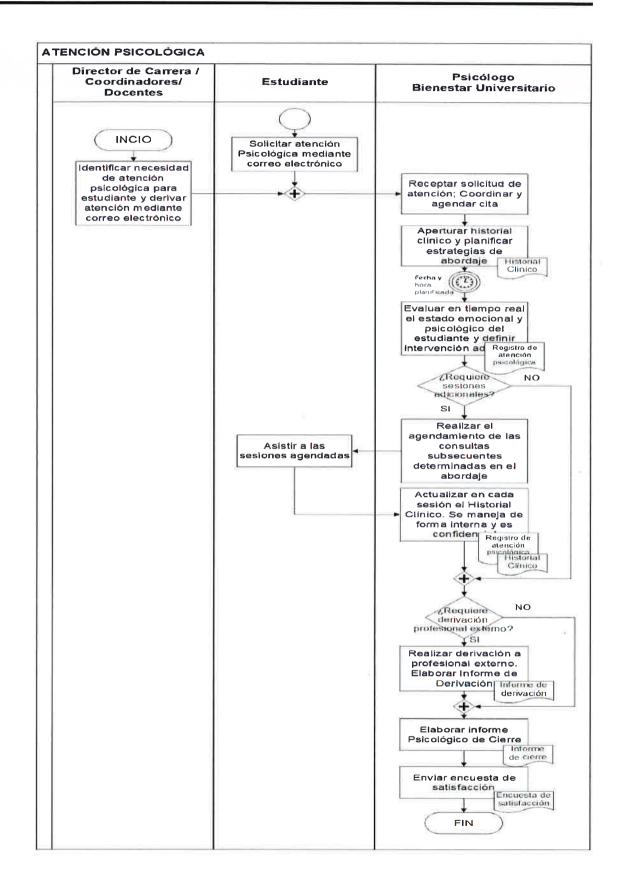
## 10. DOCUMENTOS GENERADOS AL FINAL DEL PROCESO

#	CÓDIGO	DOCUMENTO	ACREDITACIÓN	GESTOR	POA
1	DIBU-INF-0 07-V1	Informe de Derivación Externa	NO	NO	NO
2	DIBU-INF-0 08-V1	Informe Psicológico de Cierre	NO	NO	NO
3	DIBU-INF-0 09-V1	Informe de Atención Psicológica (Semestral)	SI	NO	NO

## 11. ANEXOS

Anexo 1. Flujograma del Proceso







Anexo 3: Formulario de Admisión Psicológica

Correo electrónico  Contacto de Emergencia  Nombre y Apelido Parentesco Numero de Contacto  Nombre y Apelido Parentesco Numero de Contacto  Nombre y Apelido Parentesco Numero de Contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilo Numero de contacto  Per favor, enumere cualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro  Industria Nombre de la empresa  Campo Numero de la Empresa Contacto Nombre de la empresa  Campo de la Empleado Ocupación Industria Nombre de la empresa  Campo Ocupación Ocupación Ocupación de la Empresa Contacto Ocupación Industria	Nombres   Apellidos   Nombre Preferido   Identificador del prosente				
Nombres Apelidos   Nambre Preferido   Identificador del pacient (si se conoce)	Nombres Apellidos Nombre Preferido Identificador del pris se conoce)  Genero Pronombres Preferidos Fecha de Nacimiento Estado Civil Nacimiento  Domicilio Provincia Ciudad Códig  Correo electrónico Número de teléfono  Contacto de Emergencia  Nombre y Apellido Parentesco Número de Contacto  Nombre y Apellido Parentesco Número de Contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilio Número de contacto  Paiquiatro Domicilio Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	FORM			DLOGÍA
Genero Pronombres Preferidos Fecha de Nacimiento Estado Civil Nacimiento Domicilio Provincia Ciudad Código Posi  Correo electrónico Número de teléfono  Contacto de Emergencia Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilio Número de contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilio Número de contacto  Información del Seguro Número de contacto  Per favor, enumere cualquier medicamento actual  Información del Seguro Número de contacto  Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro Domicilio Nombre de la empresa  Ocupación de la Empresado Posonosos e	Genero Pronombres Preferidas Fecha de Nacimiento Estado Civil  Domicilio Provincia Ciudad Códig  Correo electrónico Número de teléfono  Contacto de Emergencia  Nombre y Apellida Parentesco Numero de Contacto  Información Médica y de Salud  Médica de catecera Domicilio Numero de contacto  Per tavor, enumere cualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto				3/4,0531030
Domicilio Provincia Ciudad Código Posi  Correo electrónico Número de teléfono  Contacto de Emergencia  Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacio  Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacio  Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacio  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilio Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Número de contacto  Por favor, enumero cualquier condición médica  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro  Ocupación de la Empresa se Pospesos de Guidada do Corcurrescon sur esta e la costa  Dirección de la Empresa se Pospesos de Guidada do Corcurrescon sur esta e la costa  Dirección de la Empresa se Pospesos de Guidada do Corcurrescon sur esta e la costa  Dirección de la Empresa se Pospesos de Guidada do Corcurrescon sur esta e la costa  Corta de Costa costa  Código Postal	Domicilio Provincia Ciudad Códig  Correo electrónico Número de teléfono  Contacto de Emergencia  Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacto  Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilio Número de contacto  Pelepulatro Domicilio Número de contacto  Por favor, enun ere cualquier condición médica  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	Nombres Ap	elidos	Nombre Prefer	(10.97) Wally (10.000)
Demicilio Provincia Ciudad Código Posi  Correo electrónico Número de teléfono  Contacto de Emergencia  Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacto  Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacto  Nombre y Apelido Parentesco Número de Contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilo Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Parentesco Número de contacto  Número de contacto  For favor, enumere cualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Número Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro  Industria Nombre de la empresa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade do Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade do Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade do Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade do Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade do Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade do Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade do Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade do Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade de Corcurresco de se al a costa  Corupación de la Empresa se Posprados de Guidade de Corcurresco de se al a costa costa Corupación de la	Domicilio Provincia Ciudad Códig  Correo electrónico Número de teléfono  Contacto de Emergencia  Nombre y Apellido Parentesco Numero de Contacto  Nombre y Apellido Parentesco Numero de Contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilio Numero de contacto  Peiguiatra Domicilio Número de contacto  Por favor, enumere cualquier condición médica  Por favor, enumere cualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	Genero Pro	pnombres Preferidas		Estado Civil
Nombre y Apelido   Parentesco   Numero de Contacto	Nombre y Apellido   Parentesco   Numero de Contacto	Domicilio	Provincia		Código Post
Nombre y Apelicio Parentesco Numero de Contacto Numero de Contacto Numero de Contacto Información Médica y de Salud Médico de cabecera Domicilio Numero de contacto Numero de contacto Numero de contacto Numero de contacto Per favor, enumere cualquier condición médico  Información del Seguro (si corresponde) Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Ocupación Industria Nombre de la empresa Compañía de la Empresa Compañía Por la contacto Nombre de la empresa Compañía Por la contacto Ocupación Ocupa	Nombre y Apellido Parentesco Numero de Contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Demicilio Numero de contacto  Parquiatra Domicilio Número de contacto  Por favor, enumere qualquier condición médica  Por favor, enumere qualquier condición médica  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	Correo electrónico	<u>.                                    </u>	Número de telé	fono
Numero de Contacto   Parquistro   Domicilio   Numero de contacto   Numero de contacto   Parquistro   Domicilio   Numero de contacto   Parquistro   Par favor, enumere cualquier condición médica      Por favor, enumere cualquier medicamento actual	Nombre y Apellido Parentesco Numero de Contacto  Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Demicilio Numero de contacto  Peiquintro Demicilio Número de contacto  Por favor, enumere outriquier tondición médica  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	194 19 14 11	Contacto de En	nergencia	THE REAL PROPERTY.
Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilio Numero de contacto  Paiguiatro Comicilio Numero de contacto  Por tavor, enumere outriquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro  Ocupación Industria Nombre de la empresa  Dirección de la Empresa Posposo Producto Código Postal	Información Médica y de Salud  Médico de cabecera Domicilio Numero de contacto  Psiquiatra Domicilio Número de contacto  Por favor, enumere cualquier condición médica  For favor, enumere cualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	Nombre y Apellirio	Parentesco	Nin	ero de Contacio
Per tavor, errun ere cualquier condición médica  Por tavor, errun ere cualquier condición médica  Por tavor, errun ere cualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro Ocupación Industria Nombre de la empresa  Compañía de la Empresa e Posposo Ocidadad de Corruna de Seguro Social Sindado Ocupación Nombre de la empresa  Compañía de la Empresa e Posposo Ocidadad de Corruna de Seguro Social Sindado Ocupación Oc	Peiquistre Domicilio Numero de contacto  Peiquistre Domicilio Numero de contacto  Por favor, enumere qualquier condición médica  Por favor, enumere qualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	Nombre y Apelinio	Parentesco	Nan	ero de Contacto
Per tavor, enumere cualquier condición médica    Por tavor, enumere cualquier medicamento actual	Per favor, enumere qualquier condición médica  Por favor, enumere qualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	The state of the s	Información Médic	a y de Salud	TENTON IN
Por favor, enumere outriquier condición médica  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro Ocupación Industria Nombre de la empresa  Dirección de la Empresa Posocial Códipo Postal	Por favor, enumere qualquier condición médica  Por favor, enumere qualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	Médico de cabecera	Daniclio	Nur	ero de contacto
Por lavor, enumere qualquier medicamento schall  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro  Ocupación Industria Nombre de la empresa  Dirección de la Empresa Código Postal	Por favor, enumere qualquier medicamento actual  Información del Seguro (si corresponde)  Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	Psicpaintra	But to		
Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro  Industria Nombre de la empresa  Dirección de la Empresa	Companía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto	Por favor, enumere cualquier condición n	N-HH	Nim	era de contacto
Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto  Número de póliza Grupo Numero Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro  Industria Nombre de la empresa  Dirección de la Empresa	Compañía de Seguros Plan de Seguro Número de contacto		nerica .	Nim	eno de contracto
Número de póliza  Grupo Numero  Número de Seguro Social  Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro  Ocupación Industria Nombre de la empresa  Dirección de la Empresa	Control of the Contro	Por favor, enumere cualquier medicamer	no actual		
Situación laboral  Empleado Autónomo Desempleado Otro Ocupación Industria Nombre de la empresa  Dirección de la Empresa Código Postal	Comment of Seguin Steam	Por lavor, enumere qualquier medicamer In	no achail formación del Seguro	(si corresponde)	
Empleado Autónomo Desempleado Otro Ocupación Industria Nombre de la empresa  Dirección de la Empresa Código Postal		Por lavor, enumere qualquier medicamen În Compañía de Seguros	formación del Seguro  Plan de Seguro	(sī corresponde) Nún	nero de contacto
Ocupación Industria Nombre de la empresa  Campas Princos Acenda del Bomboro, Km 6.5 via a a Costa  Dirección de la Empresado Posposo y la Giudad do Carconysisción Siz 813 o Mario Estadores Contro Código Postal		Por lavor, enumere qualquier medicamen În Compañía de Seguros	formación del Seguro Plan de Seguro Grupo Numero	(si corresponde) Núm	nero de contacto
Dirección de la Empresade Posgrados e in Giudadi dos Circurvadeción Sur 813 e Negura Estados a Contra Código Postal		Por lavor, enumere qualquier medicamen În Compañía de Seguros Número de póliza	formación del Seguro Plan de Seguro Grupo Numero Situación la	(si corresponde) Nún Nún	nero de contacto nero de Seguro Social
Dirección de la Empresade Posgrados e In Giudad: on Circumetación Sur 813 e 14g po Estadonse Central Código Postal	The second secon	Por lavor, enumere qualquier medicament In Compañía de Seguros Número de póliza Empleado	formación del Seguro Plan de Seguro Grupo Numero Situación la Autónomo	(sī corresponde) Núm Núm Iboral Desempleado	nero de contacto nero de Seguro Social Otro
PBX.(04) 375-3400	Dirección de la Empresado Posgrados e in Giudad: ón Circurvalación Sur 81.8 e HiguerEstadoissa Central Código F Guayagus! - Ecuador	Por lanor, enumere qualquier medicamer  In  Compañía de Seguros  Número de póliza  Empleado	formación del Seguro Plan de Seguro Grupo Numero Situación la Autónomo	Núm Núm Desempleado	nero de contacto nero de Seguro Social Otro

DIBU-PRO-008-V2 15/10/2024 Página 16 de 23



Anexo 2: Registro de atención Psicológica.



## UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EMPRESARIAL DE GUAYAQUIL COORDINACIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO REGISTRO DE ATENCION PSICOLÓGICA

	FACULTAD	
ESPECIALIDAD		MES
PSICOLOGÍA	* 1	
	ESPECIALIDAD PSICOLOGÍA	ESPECIALIDAD

		Nº.	APELLIDOS Y NOMBRES		TIPO DE ATENC	IÓN	MOTIVO DE	FIRMA DEL
Νº	FECHA	FECHA HCL APELLIDOS Y NOMBRES	INICIAL	SUBSECUENTE	EMERGENTE	CONSULTA	ESTUDIANTE	
1								
2							F	
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

DIBU-FRM-006-V1 Pág.1





## Poder Lograrlo

		Disponibilidad				
Por favor describa su d	Isponibilidad durante sola la sema	Πà				
100		Personal y Familiai	Physical Co.		3 7 7 7 7	
Cual es su etnia?						
Cuántas personas	hay en su hogar?				- 4	
Cual es su nivel de	ingresos?					
Cual es el nivel ed	ucativo más alto que ha co	empletado?				
Ha estado alguna	vez hospitalizado por una en	fermedad psiquiátrica?		SI	NO	
Algún miembro de	la familia tiene antecedentes	s de enfermedad mental?		SI	NO	
; Alguna vez has int	entado suicidarte?			SI	NO	
Algún miembro de	una vez?	SI	NO			
Tiene problemas c	SI	NO				
Algún miembro de	SI	NO				
¿Alguna vez ha s kl En caso afirmativo,	SI	NO				
¿Cómo le está ye	ndo en su trabajo?					
. No funciona	F. No puede funcionar	III, Problema Grave	M. Problema leve	V.Not	V. No hay problema	
¿Cómo le va en s	u matrimonio o con su pare	ja?				
l. No funciona	M. Problema leve	V. No hay problema				
¿Cómno le val en l	as relaciones con miembros	s de su famīlia?		100		
. No funciona	II. No puede funcionar	18, Problema Grave	M. Problema leve	nay problema		
¿Córmo le val en l	as relaciones con miembro	s que no son de su famé	īa?			
. No funciona	M. Problema leve	V. No hay problema				
¿Cómo es su felio	idad y bienestar en genera	17				
. No funciona	No funciona II. No puede funcionar III. Problema Grave M. Problema lave				V. No hay problema	
Entiendo que cua	dadas a las preguntas ant Iquier información inexacta r o Tutor (si corresponde)	puede ser peligros a para		paciente).		
Firma del Pacient	e, Pariente o Tutor	Fecha				

Campus Principal Asemida del Bolitorio, Km. 8,5 via a la Costa Facultad de Pospiscos e investigación Circumveleción Sur 855 e Pipueras, Undese Central Giographi - Equador PRIX (Ga) 375-3400 CO-04170970











DIBU-FRM-007-V1

WWW.UTEG.EDU.EC

#### Anexo 4: Encuesta de Satisfacción

## Encuesta de satisfacción sobre la Atención Psicológica

Con el objetivo de mejorar continuamente la calidad de nuestros servicios, te invitamos a responder esta encuesta de forma anónima. Tu opinión es fundamental para fortalecer nuestro proceso de atención psicológica.

\* Indica que la pregunta es obligatoria

1. ¿Consideras que fue fácil acceder al servicio de atención psicológica? \*

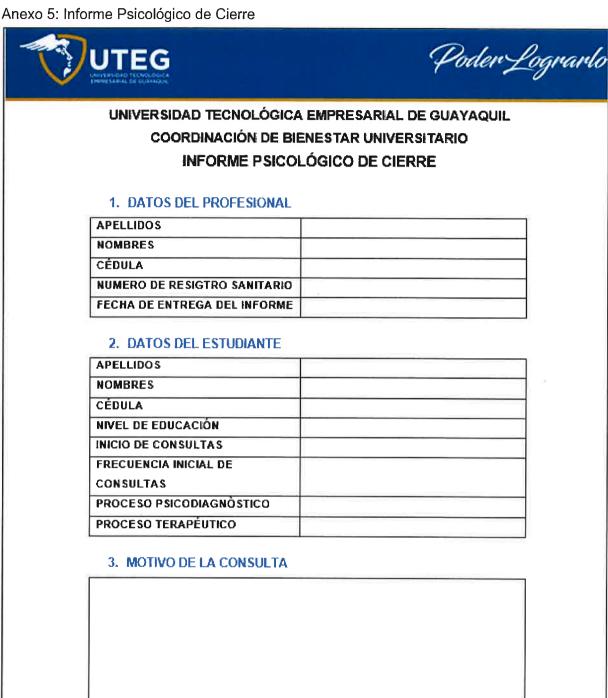
2. ¿El tiempo entre tu solicitud y la primera cita fue adecuado? \*

3. ¿Te sentiste escuchado y tratado con respeto y empatía por el psicólogo? \*

4. ¿El psicólogo/a te explicó claramente el proceso y las acciones a seguir? \*



	1	2	3	4	5							
	益	☆	☆	☆	☆							
		calific			entorno	tual o	prese	ncial)	donde	e se desa	arrolló la	
8	1	2	3	4	5							
	益	☆	☆	*	☆							
		olo u			rvicio di	aencio	m psic	ologii.	a a o	ros estu	nances ?	
Co	men	arios	o su	gere	ncias *							



Compus Principal Avenida del Bombero, Km. 6,5 via e la Costa Facultad de Posgrados e Investigación: Circunvalación Sur 813 e Higueros, Uridesa Central Gusyagus - Ecuador PBX (GH) 375-3400



DIBU-INF-008-V1

WWW.UTEG.EDU.EC



UTEG NAVY RYDIAD TECHNILOGICA PHORY SARIAL, CA: GUARAGOU	Poder Lograrlo
4. MOTIVO DEL INFORME	
5. PROCESO TERAPÉUTICO	
6. PROCESO PSICODIAGNÓSTICO Y HALLAZGO	OS ENCONTRADOS
7. RECOMENDACIONES	
FIRMA DEL PROFESIONAL	
Campus Principal Avenida del Rombero, Km. 6.5 vla. Facultipi de Pergrados è Investigación Cercaniación Sur ellá è H Gosyacal I Ecuados PRIX (04) 375-3400 On-94159079	
f y @ • 9 ×	DIBU-INF-008-V1
WWW.UTEG.EDU.E	Fac 2

DIBU-PRO-008-V2 15/10/2024 Página 21 de 23



#### Anexo 6: Informe de Derivación

		CA CHARRES	VANCED CONTRACTOR			
COORI			ARIAL DE GUA	The state of the s		
COOM			UNIVERSITAR	elO .		
	DERIVACI	ON PSICOLO	OGICA			
Nombre del estudiante:						
Número de cédula:						
Persona de contacto:						
Teléfono:		E-mail:				
Fecha de derivación:		Cód. CIE	10 presuntivo:			
Número de intervenciones	realizadas:					
MOTIVO DE LA DERIVACIÓN	SINTOMAT		REACTIVOS	REACTIVOS PSICOLÓGICOS APLICADOS		
DEMIVACION	MLLEV	ANIE	AI LI	CHDO3		
	1					
	I .		1			
		_				
DEDOMEADI C.		_				
REPONSABLE:						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
COLOR SO CONTRACTOR						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
PSIC. JOHANNA ROMERO						
PSIC. JOHANNA ROMERO PSICÓLOGA CLÍNICA	Curripus Principat, Ave		m. 6,5 via a la Closki ur 864 e reguesa, Urdi			

WWW.UTEG.EDU.EC

	,	



## 12. FIRMAS DE APROBACIÓN

	Nombre:	Cargo:	Firma:
Elaborado por:	Diana Chiquito, MSc.	Analista de Procesos	Holighi to P Fecha: 15-10-2024
	José Bohórquez, PhD	Secretario General	304/m Fecha: 15-10-2024.
Revisado por:	Daniela Cabanilla, MSc	Decana de Grado	Fecha: 15-10-2024
Aprobado:	Otto Suarez, PhD.	Vicerrector Académico	Fecha: 15-10-2024

Versión	FECHA DE EDICIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
V1	5/01/2023	Elaboración de documento
V2	15/10/2024	Actualización